Aus der Kgl. chirurgischen Universitäts-Poliklinik München.

Über geschwulstartige Varicen im Gebiet der Vena saphena.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hermann Rabl
aus Einhausen.

München 1909.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Aus der Kgl. chirurgischen Universitäts-Poliklinik München.

Über geschwulstartige Varicen im Gebiet der Vena saphena.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

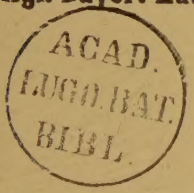
gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München



vorgelegt von

Hermann Rabl
aus Einhausen.

München 1909.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Geh. Rat Prof. Dr. Ritter v. Angerer.

Dem Andenken

meiner lieben Eltern

gewidmet der Verfasser.

Soviel Fälle in der Litteratur beschrieben sind von Aneurysmen arterio venosum — liegt es doch auf der Hand, dass diese interessanten meist auf traumatischem Wege (in der letzten Zeit, seit die Therapie des Aderlasses abgekommen, durch Hieb-, Stich- und Schussverletzungen) entstandenen Krankheiten der Gefässe gerne veröffentlicht werden — so vereinzelt sind die Beschreibungen von rein venösen Aneurysmen, von Varicen.

Bezüglich der Definition über Phlebectasien und Varix herrscht noch keine Einigkeit.

Nach Cornil sollen die Phlebectasien ohne Veränderung der Wand bestehen, während der Varix dauernde Veränderungen in dieser voraussetzt. In einer neuesten Arbeit schliesst sich Schambacher dieser Einteilung an.

Orth bezeichnet die erweiterten Venen ohne weiteres als Varicen.

Schrötter(1) hält an folgendem fest: „Es gibt Erweiterungen der Venen, die unter verschiedenen Verhältnissen zustande gekommen, mit Aufhören der Ursache wieder zurückgehen, indem sie durch die normal regulierenden Einflüsse der Elastizität und Kontraktilität der Gefässwandung beseitigt werden. Man könnte sie als vorübergehende Erweiterungen bezeichnen.

Die bleibenden Ausdehnungen der Vene müssen immer mit gewissen, andauernden Wandveränderungen einhergehen, und können dann verschiedene Abstufungen im pathologischen Prozesse zeigen; ich möchte sie zum Unterschiede der eben genannten als Phlebectasien bezeichnen.

Den Varix endlich soll man auch heute noch in derselben Weise definieren, wie dies Rokitansky getan hat: „Der

Varix besteht in einer umschriebenen sackigen Ausbuchtung der Venenwand, welche breit oder mit einem Halse auf der Vene aufsitzt.“

Diese Varicen können nun je nach ihrem Aussehen, ihrer Lage und Form zu mancherlei Fehldiagnose Veranlassung geben. Es sei mir im folgenden gestattet, die wenigen bisher in der Litteratur bezeichneten Fälle um einige neue zu bereichern, die in der chirurgischen Poliklinik zu München zur Beobachtung gelangt sind.

G. J., 54 Jahre alt, sucht die Hilfe der Poliklinik auf, weil eine an der Innenseite des rechten Knies befindliche Geschwulst wund geworden sei und ziemlich stark blute. Die Anamnese ergibt, dass die Frau zehnmal geboren hat (sechs Kinder leben). Vor 2½ Jahren machte sie eine Drüsenexstirpation der rechten Achselhöhle durch, sonst will sie immer gesund gewesen sein. Im Anschluss an die letzte Geburt, die vor zehn Jahren stattgefunden hat, traten bei der Patientin Krampfadern auf. Über die Entstehung der jetzt vorhandenen Geschwulst weiss Patientin anzugeben, dass es ursprünglich eine kleine Krampfader gewesen sei, die sich im Laufe der Jahre vergrössert und endlich die jetzige Form angenommen habe, ohne ihr jemals besondere Schmerzen oder Beschwerden zu bereiten. Auch jetzt hat sie keine besonderen Beschwerden, sondern sie kommt lediglich wegen der ihr lästigen Blutung.

Status praesens: Eine mittelgrosse, blasse, hagere Frau von reduziertem Aussehen. An der rechten Lungenspitze leichte Dämpfung. Herz- und Bauchorgane ohne besonderen Befund. Urin eiweiss- und zuckerfrei. Das Nervensystem zeigt keine Erkrankung. Temperatur und Puls normal.

An beiden Unterschenkeln befinden sich zahlreiche Venenerweiterungen, am stärksten in der rechten Kniekehle und am rechten Fussrücken. An letzter Stelle springen stark

geschlängelte Venenstämme deutlich vor und bilden, von sehr dünner Haut bedeckt, einzelne sackförmige rundliche Vorwölbungen. Die Nachbarschaft ist meist nicht verdickt. An der Innenseite des rechten Unterschenkels zahlreiche kleine, oft konfluierende braune, auch narbige Flecke. Kein Ödem. Am Übergang zur Fussohle innen bläulichrote Verfärbung und schuppende borkige Auflagerungen. Doppelseitiger Hallux valgus.

An der Innenseite des rechten Knies, direkt gegenüber dem Condylus internus sitzt eine mandarinengrosse, absolut kugelige Geschwulst mit einem ca. 3 cm grossen, häutigen Stiele der Haut auf. Die Oberfläche der Geschwulst ist bläulichrot, glänzend, gespannt, glatt. Sie fühlt sich wärmer an als die umgebende Haut. An dem obersten Pole der Geschwulst befindet sich eine braunschwarze, ca. zwanzigpfenniggrosse Kruste, an deren Ränder leicht venöse Blutung.

Die Geschwulst ergibt etwas Fluktuationsgefühl. Beim Komprimieren hat man deutlich den Eindruck, dass flüssiger Inhalt sich auf dem Wege des Stieles entleert; beim Nachlassen des Fingerdruckes füllt sich die Geschwulst sofort wieder. Dabei kein Schmerz, keine Pulsation. Die Geschwulst wird klein, lappig, etwas höckerig bei eliviertem Beine. Auch die Oberfläche wird runzelig und die blaue Verfärbung nimmt dabei ab. Der Umfang der Geschwulst beträgt jetzt $12^1/_2$ cm.

Umgekehrt ist bei aufrechter Körperstellung die Geschwulst prall gespannt und stark blau verfärbt. Der Umfang misst nunmehr $14^1/_2$ cm. Kein Gefühl von Schwirren. Keine steinharten Partien, nur am Stiele eine etwas derbere Stelle. Die direkte Nachbarschaft der Geschwulst ist nicht weiter verändert.

Auf Grund des obigen Befundes wurde die Diagnose: gestielter Varix gestellt und die Vermutung, die sich bei oberflächlicher Betrachtung der Geschwulst bildete, nämlich, dass es sich um ein Fibrom handle, hinfällig.

Man entschloss sich zur Exstirpation des Varix, die in Lokalanästhesie vorgenommen wurde. Man umschnitt zunächst elliptisch die Haut des Stieles, die sich als papierdünn erwies, und präparierte sie vorsichtig ab. Dann wurde der Stiel abgeklemmt, umstochen nnd abgebunden, der Tumor abgetragen. Hierauf wurde die Wunde durch Hautnaht geschlossen. Die Heilung erfolgte glatt und reaktionslos, so dass die Patientin nach drei Wochen geheilt entlassen werden konnte.

Das Präparat, das makroskopisch schon oben näher beschrieben ist, schrumpfte zunächst nach Entleerung einer mässigen Menge Blut etwas zusammen, die vorher glatte Oberfläche wurde etwas runzelig. An seiner Basis ist ein Volumen von vielleicht 5 mm Durchmesser sichtbar. Das Innere des Tumors ist angefüllt von derbem organisiertem Blutgerinnsel.

Das mikroskopische Bild bestätigt endgültig die Diagnose Varix. Ein Schnitt zunächst durch den Stiel des Tumors zeigt an vielen Stellen noch deutlich die Struktur von Venenwand mit elastischen Lamellen. Doch je weiter man sich von dem Stiele entfernt, um so undeutlicher und verwaschener wird das Bild. Die Intima geht verloren, die Adventitia zeigt bindegewebige Verdickung. Es lässt sich deutlich hyaline Degeneration erkennen. Endlich findet sich nur mehr fibrinöses organisiertes Gewebe.

Einen ganz ähnlichen Fall von einem geschwulstartigen Varix beschreibt Loos (2).

„Die 53jährige Bauersfrau E. hat seit ihrer ersten im 20. Lebensjahr durchgemachten Schwangerschaft Krampfadern an beiden Beinen, die besonders in den letzten zehn Jahren an Stärke zugenommen haben. Seit 15 Jahren etwa bemerkt sie an der Innenseite des linken Knies einen besonders dicken, mit den andern erweiterten Adern zusammenhängenden

Knoten, der nach der Beobachtung der Patientin in den vergangenen fünf Jahren sich gegenüber den übrigen Knoten durch ein lebhaftes Wachstum und allmähliche Verhärtung auszeichnete.

Status praesens: Die unteren Extremitäten zeigen beiderseits ausgedehnte Varicenbildung. Links beginnt diese in der Fovea ovalis sichtbar zu werden mit langen bleistiftdicken geschlängelten Venen, die in der Gegend des Kniegelenks in ein Netz geschlängelter und knotiger Venen von Kleinfingerdicke übergehen.

Inmitten dieses varicösen Netzes, nach innen und hinten vom Condylus internus femoris, liegt ein Tumor von 24 cm Umfang, 5 cm Höhe. An seiner Basis, wo er sich aus dem Hautniveau erhebt, ist er von einem geröteten Schnürring umgeben, der sich in die bedeckende derbe Haut fortsetzt, welche auf ihrem äussersten Pol eine fünfpfennigstückgrosse Schorfdecke trägt. Der Tumor fühlt sich gespannt an. Fluktuation ist mit besonderer Deutlichkeit an den unteren Partien nachweisbar. Nimmt man den Trendelenburgschen Versuch vor, der in Bezug auf die Vena saphena im oberen Verlauf positiv ist, so zeigt sich beim Erheben des Beines ein leichtes Blasswerden, während bei Senkung und Blutzufluss sich die gewöhnlich vorhandene Cyanose wieder herstellt. An den genannten Kranz erweiterter Gefässe schliessen sich am Unterschenkel bis auf den Fussrücken hinabreichend, kleinere varicöse Venen an. Am Malleolus externus, sowie am Internus je eine diffus gerötete Stelle, die am letzteren einige fünfpfennigstückgrosse Schorfplatten trägt. Der rechte Unterschenkel ist ödematös. Vom rechten Knie abwärts über das Fussgelenk hinweg und an der äusseren Seite des Fusses befinden sich varicöse Venen, welche am Knie kleinfingerdick und knotig erweitert nach unten an Dicke abnehmen. Trendelenburgscher Versuch nicht ausgeprägt. Über dem Malleolus

externus eine diffuse handtellergrosse Rötung der Haut. In der Mitte ein markstückgrosses Ulcus.

Bei der Exstirpation, welche Herr Professor v. Bruns vornahm, wird der Tumor an der Basis elliptisch umschnitten. Von den dicht unter der Haut gelegenen Varicen ist eine Ablösung unmöglich. Die ziemlich bedeutende Blutung infolge der mehrfachen Eröffnung der Venenlumina veranlasst den Schlauch umzulegen. Der Tumor wird zunächst an den beiden von grösseren Venen freien Seiten isoliert, dann oben und unten die Venen frei gelegt und durchtrennt: acht fast kleinfingerdicke Venenlumina werden in der Wunde unterbunden. Wunde unter mässiger Spannung durch Hautnaht geschlossen. Unterbindung der Vena saphena am anderen Beine in typischer Weise. — Ungestörte Heilung der Wunde und der Geschwüre an den Unterschenkeln. Entlassung.

Das Präparat stellt einen grösstenteils von Haut bedeckten, 5 cm dicken, 10 cm langen Tumor dar, von der Gestalt und Grösse einer grossen Birne. An seiner Basis, wo die Haut teilweise abpräpariert ist, lässt sich ein Konvolut erweiterter, unmittelbar unter der Haut mit dem subkutanen Gewebe innig verwachsener Venen isolieren mit knotigen Erweiterungen und durchschnittlich bleistiftdickem Lumen. Auf dem Durchschnitt ist ersichtlich, dass diese erweiterten Venen, von der Peripherie nach der Mitte zu an Dicke abnehmend, eine, den Tumor selbst überall bedeckende Schicht bilden, gegen welche derselbe durch eine $^1/_2$—$1\,^1/_2$ mm dicke Membran, seine Wandung, sich abgrenzt. Das Innere des Tumors ist angefüllt von derbem organisierten Blutgerinnsel, in welchem teils wandungslose Vacuolen, teils von nicht geronnenem Blut gefüllte Lumina sichtbar sind, welche eine Art geschichteter Wandung erkennen lassen.

Der Übergang der Wand einer erweiterten Vene in die Wand des Tumors lässt sich nirgends feststellen; von den

subkutan gelegenen Varicen münden dagegen mehrere in den Tumor, so dass wohl der Tumor die Erweiterung einer Kommunikation mehrerer Varicen des Saphenagebietes darstellt. Die niedergeschlagenen Blutgerinnsel wurden organisiert; durch Schichtung des organisierten Gewebes entstanden an mehreren Stellen Lumina, in denen eine Blutzirkulation vor sich ging.

Das mikroskopische Bild entspricht dem makroskopischen Befund. Unter dem sehr gefässreichen subkutanen Gewebe folgt eine relativ dünne, im ganzen normale Dickenverhältnisse zeigende Venenwand, mit einer ebenfalls reich mit Gefässlumina versehenen, wenige elastische Fasern enthaltenden Adventitia und einer Media von entsprechender Stärke. Die Intima zeigt ein verschiedenes Verhalten je nachdem sie einer Stelle entspricht, an welcher vorhandenes, frisches Blutgerinnsel noch auf eine Stelle in vivo freier Zirkulation hinweist, oder wo organisierte Blutgerinnsel liegen. Während sie an jenen Stellen normales Aussehen hat — es fehlt allerdings die Elastica interna — gehen an den anderen Stellen bindegewebige Stränge von der Media aus unmittelbar in die fibrinösen Stränge des Organisationsgewebes über. An den peripheren Partien umschliessen letztere an mehreren Stellen Blutgerinnsel jüngerer Entstehungszeit; nach innen findet man nur fibrinöses organisiertes Gewebe. An Schnitten, die dem äussersten Pol des Tumors entsprechen, findet man eine die Gefässwand durchsetzende kleinzellige Infiltration."

Ein sehr interessanter geschwulstartiger Varix, wahrscheinlich der Vena saphena, in der Schenkelbeuge kam in der chirurgischen Poliklinik zur Beobachtung.

Bei einer Frau, die die Hilfe der Poliklinik wegen eines Hautausschlages in Anspruch nahm, zeigte sich bei genauer Untersuchung eine ca. hühnereigrosse Geschwulst in der rechten Inguinalgegend.

Die 31jährige Frau gibt an, fünfmal geboren zu haben. Die ersten zwei Kinder leben, die dritte Geburt war ein Abgang im vierten Monat, die vierte Geburt eine Frühgeburt im sechsten Monat, die fünfte Geburt endlich die eines ausgetragenen faultoten Kindes.

Vor zehn Jahren litt Patientin an einem Ulcus ventriculi. Sie wird von Zeit zu Zeit von gichtischen Anfällen heimgesucht. Seit ihrem 15. Lebensjahr hat sie starke Krampfadern, also schon bevor sie eine Geburt überstanden hat. Vor acht Jahren, nach der Geburt des zweiten Kindes, trat angeblich in der rechten Leistengegend eine ganz kleine Geschwulst auf, die sich im Laufe der Jahre vergrösserte, ohne der Patientin irgendwelche Beschwerden oder Schmerzen zu bereiten.

Status praesens: Mittelgrosse, gutgenährte, kräftige Frau; im Gesicht mehrere rotverfärbte Partien, die sich bei näherer Besichtigung als kleine Gefässerweiterungen und kleine milliare pustulöse Entzündungsherde darstellen; besonders die Haut von Kinn, Nasenspitze und Wange ist dermassen verändert. Auf der linken Stirnseite, namentlich aber an der Haargrenze des Nackens sind kleine, dünne, flache, zwischen stecknadelkopf- und hirsekorngrosse variierende narbige Flecke zu konstatieren; ausserdem ist eine nierenförmige korallenriffartige Hautaffektion an der Haargrenze sichtbar, welche sich im einzelnen als aneinander gereihte, flache Hautpapeln darstellen, zum Teil sind diese Hautpapeln von weisslichen Schuppen besetzt.

Die Haut der Brust und des Rückens ist frei. Keine Drüsenschwellung. Nirgends Ödeme. Herz- und Brustorgane sind gesund. Leber und Milz erscheinen nicht vergrössert. Am Unterleib reiche Striae gravidarum. Urin eiweiss- und zuckerfrei. Nervensystem nicht erkrankt. Puls und Temperatur normal.

Beiderseits sind die Unterschenkel reichlich mit Venenerweiterungen besetzt. Am rechten Beine ist auch am Oberschenkel stärkere Erweiterung und Schlängelung der Hautvenen sichtbar. An der Hinterseite und Innenseite des Oberschenkels mehrere stark geschlängelte Venenstämme nach aufwärts verlaufend. Entsprechend der vorderen Tibiakante, handbreit über dem Sprunggelenk, ist eine fünfmarkstückgrosse, bräunlichrote und scharfbegrenzte, etwas unter dem Niveau der übrigen Haut liegende, etwas leicht narbig veränderte, geringdruckempfindliche, auf der Unterlage verschiebliche Hautpartie zu erkennen, die in ihrer Mitte ein ungefähr bohnenstückgrosses, flaches, kaum secernierendes, nicht scharfrandiges Geschwür trägt. Die Umgebung der geröteten Partie ist nicht weiter verändert.

Beide grossen Zehen stehen in starker Abduktionsstellung, ausserdem finden sich an beiden Metatarsalköpfen, die an und für sich schon stark hervorspringen, knöcherne Auflagerungen.

In der rechten Inguinalgegend ungefähr in der Mitte des Poupartschen Bandes, fällt eine kugelig erhabene, hühnereigrosse, etwas ovale Geschwulst auf, die sich mässig scharf von der Nachbarschaft abgrenzt und die fortgeleitete Pulsation zeigt. Die Geschwulst ist von normaler, etwas bläulich durchschimmernder Haut überzogen. Die Schwellung fühlt sich nicht wärmer an, wie die Umgebung, ist nicht druckempfindlich. Sie lässt sich leicht wegdrücken, kommt dann ziemlich rasch wieder ohne Geräusch zu verursachen. Ist sie weggedrückt, so fühlt man eine deutliche rundliche Lücke in der Fossa ovalis. Beim Husten und Pressen wird die Geschwulst grösser und praller, ausserdem fühlt man ein Rieseln und Schwirren, wenn sie sich durch Hustenstösse vergrössert. Durch Heben des Beines wird die Geschwulst nicht kleiner. Sie gibt keinen tympanitischen Schall. Durch Elivieren des

Beckens über das Niveau des Oberkörpers wird die Geschwulst kleiner. Im Sitzen bleibt sie ungefähr gleich gross, dagegen wird sie durch Stehen noch grösser. Es lässt sich deutlich Fluktuation nachweisen.

Differentialdiagnostisch kommt eine Hernia cruralis reponibilis in Betracht. Wenn man jedoch die Ursache der Entstehung, das langsame Grösserwerden der Geschwulst, das absolute Fehlen jeglicher Beschwerden, die deutliche Fluktuation, endlich den offenbaren Zusammenhang der Geschwulst mit den übrigen Varicositäten näher ins Auge fasst, so glaube ich in diesem Falle von einer Hernie absehen zu können.

Einen ganz ähnlichen Fall, wie den oben beschriebenen, hat mir in liebenswürdigster Weise Herr Privatdozent Dr. Luxemburger zur Veröffentlichung übergeben.

Zu Herrn Dr. Luxemburger kam eine Frau mit Klagen über schwere Müdigkeit der ganzen linken unteren Extremität, zuweilen auch über Jucken in der Nachbarschaft der Phlebectasien, ausserdem über das Gefühl von Drängen und Schwere in der linken Schenkelbeuge, das sich zuweilen beim Heben schwerer Gegenstände bis zum mässigen Schmerz steigern sollte.

Patientin behauptet, ein schweres Stück Stoffballen getragen zu haben und dabei gestolpert zu sein; sofort hätte sich ein starker Schmerz in der linken Leistengegend und späterhin die Schwellung bemerkbar gemacht.

Status praesens: Grosse, schlanke Frau, gesunde Gesichtsfarbe, 25 Jahre alt, von kräftigem Knochenbau, mässig entwickelter Muskulatur und mässigem Fettpolster. Brust und Bauchorgane ohne besonderen Befund; das Nervensystem weist keine Erkrankung auf. Ödeme, Exantheme und Drüsenschwellungen sind nicht vorhanden. Urin eiweiss- und zuckerfrei. Stuhlgang regelmässig, leicht. Puls und Temperatur normal. Am linken Unterschenkel zahlreiche bis kleinfinger-

dicke geschlängelte Venen, vereinzelte, rundliche, mit verdünnter Haut überzogene Venenknoten. Ringsum einzelne venöse Knoten, leicht bräunliche Verfärbung. In der distalen Hälfte des Oberschenkels kann man die Vena saphena als bleistiftdicken Strang erkennen; in der proximalen Hälfte des Oberschenkels jedoch nicht mehr. In der linken Oberschenkelbeuge entsprechend der Fossa ovalis sitzt ein zirka walnussgrosser, fast kugelig erhabener, breitbasischer von der Nachbarschaft sich mässig scharf abgrenzender, weicher, elastischer, nicht druckempfindlicher, von intakter nicht verfärbter, in keiner Weise durchschimmernder Haut überzogener Tumor. Die Nachbarschaft ist nicht weiter verändert. Dieser Tumor lässt sich ohne besondere Gewalt in die Tiefe drücken so zwar, dass sein Inhalt sukzessive in einer rundlichen Vertiefung der Fascie von ungefähr Einpfennigstückgrösse (der Fossa ovalis) verschwindet. Beim Weglassen des Fingerdruckes erscheint diese Schwellung verhältnismässig rasch wieder und zwar ohne dass Pressen nötig wäre. Beim weiteren Betasten der Schwellung lässt sich über den Inhalt nichts sagen, jedoch deutet ein Schwirren und Rieseln bei Hustenstössen auf flüssigen Inhalt. Aufrechtstellen, starkes Pressen vergrössert die Schwellung um ein Drittel. Rückenlage mit erhöhtem Becken bewirkt eine langsame Verkleinerung des Tumors um ein Erhebliches.

Operation: Schrägschnitt von aussen oben nach innen unten über die Höhe der Geschwulst ca. 12 cm lang durch Haut und subkutanes Gewebe. Ein walnussgrosser, bläulich durchschimmernder Sack wird blossgelegt. Er sitzt deutlich in der Fossa ovalis; an seiner unteren Peripherie mündet die erweiterte Vena saphena in diesen Sack. Unterbindung der Vena saphena 2 cm vom Sacke entfernt. Dann wird unter möglichster Kompression des Sackes nach Art der Radikaloperation der Schenkelhernien das Ligamentum pou-

parti mit ca. fünf Seidennähten an die ziemlich breit genommene Fascie des Musculus pectineus angenäht. Dann wird die Haut mit Seidennähten geschlossen.

Am Unterschenkel Unterbindung und partielle Excision einer Anzahl von Phlebectasien. Zwei, die halbe Circumferenz der unteren Extremität umgreifende bis auf die Fascie dringende Schnitte, wovon der eine direkt über dem Knie, der andere entsprechend der Mitte des Unterschenkels angelegt ist. Auf die Wunde wird ein komprimierender Verband angelegt, so zwar, dass ein grosser Gazetupfer die Stelle der Fossa ovalis kräftig komprimert. Auch bei den später folgenden Verbandwechseln jeweils energische Kompression durch den entsprechend angelegten Verband. Glatte Heilung nach 14 Tagen.

Status praesens nach 14 Tagen. Unterschenkel leicht ödematös; in der Leistenbeuge glatte lineare Narbe. Patientin steht nach vier Wochen auf, Ödem verschwindet auf Massage und Einwicklungen, sie hat keinerlei Beschwerden. Auch die Schwellung tritt nicht mehr auf.

Ist aus dem letztbeschriebenen Falle schon ersichtlich, wie schwer eine sichere Diagnose in diesen Fällen oft zu stellen ist, so zeigen die wenigen in der Litteratur auffindbaren Fälle ähnlicher Venengeschwülste, wie diese hauptsächlich bei anderer Lage wohl zu diagnostischen Irrtümern führen können.

J. Grossmann (3) z. B. beobachtete eine faustgrosse Geschwulst an der Innenfläche des linken Oberschenkels, der im Laufe von zwölf Jahren aus einer haselnussgrossen schmerzlosen Geschwulst herangewachsene Tumor wurde als Sarkom diagnostiziert und erst bei der Exstirpation als Venectasie erkannt.

In einem Fall von Segnond handelt es sich um eine walnussgrosse irreponible Geschwulst im Verlaufe der Vena

saphena von teigiger Konsistenz, die ihr Volumen bei Hustenstössen nicht veränderte. Der Tumor, welcher jahrelang als Hernie betrachtet worden war, wurde erst bei der Operation erkannt.

Neck (4) berichtet über folgenden Fall: Bei der 25jährigen Frau hatte sich im Verlauf von zwei Jahren in der rechten Schenkelbeuge in der Gegend der grossen Gefässe eine Geschwulst entwickelt. Die hühnereigrosse Geschwulst lag an der Stelle, an welcher die Schenkelbrüche nach aussen zu treten pflegen. Sie fühlte sich solid an, war nicht reponierbar und nur wenig schmerzhaft. Pulsation war nicht zu fühlen. Die Haut über der Geschwulst war verschieblich und nicht krankhaft verändert. Eine Schwellung des rechten Beines bestand nicht. Irgendwelche Störungen von seiten des Darms waren nie vorhanden, zeitweise traten Schmerzen auf, die von der Gegend der Geschwulst nach der rechten Unterbauchgegend und den Nabel zu ausstrahlten. Die Diagnose lautete auf irreponible Cruralhernie mit Netzinhalt.

Nach Freilegung der Geschwulst zeigte es sich, dass sie oberhalb der Abgangsstelle der rechten Vena saphena magna mit einem ca. 1,5 cm breiten und 1 cm langen Stiel in die Vena femoralis einmündete. Die Geschwulst wurde abgetragen. Die Venenwunde wurde durch Naht geschlossen. Die Blutung stand nach der Naht vollständig. Es handelte sich also um ein Aneurysma-Varicosum, ausgehend von der Vena femoralis dextra. Der Aneurysmasack zeigte sich nach der Eröffnung fest mit Gerinnsel ausgestopft, nur im Zentrum findet sich etwas flüssiges Blut, daher das Gefühl einer soliden Geschwulst.

Über einen ähnlichen Fall wurde kürzlich von Dawbarn in der New-Yorker Chirurgischen Gesellschaft berichtet.

Bei einer 60jährigen Frau fand sich unter dem Leistenband ein hühnereigrosser Tumor, der bei Pressen sich vergrösserte, bei Taxisversuchen verschwand. Wahrscheinlich-

keitsdiagnose: eingeklemmter Bruch. Die Operation ergab eine sackförmige Erweiterung der Vena saphena.

In der anschliessenden Diskussion teilt Brever einen Fall mit, wo ein doppelseitiger Varix der Vena saphena eine doppelte Cruralhernie vorgetäuscht hatte, ferner gibt Walker an, einige analoge Beobachtungen gemacht zu haben.

Kuester (5) beschreibt im Archiv für klinische Chirurgie einen Fall von einem geschwulstartigen Varix der Vena saphena:

„T. K., 57jährige Frau trägt an der Innenseite des rechten Oberschenkels genau im Verlauf der Vena saphena eine hühnereigrosse schmerzlose Geschwulst von bläulicher Farbe, welche Fluktuation nachweisen lässt. Exstirpation; Heilung. Es musste bei der Operation die Vene zweimal durchschnitten werden und die Blutung wurde durch Kompression gestillt.

Der Tumor bildete einen Sack, in welchen die Vena saphena mit normalem Lumen einmündete und wieder ausfloss. Die Ausweitung lag mehr nach der inneren Seite der Vene und war zur Hälfte mit Fibringerinnsel angefüllt, während das Blut durch die andere Hälfte frei zirkulierte. Das Verhalten der Gefässwände näher zu studieren ist verabsäumt worden."

Werfen wir einen Rückblick auf die oben geschilderten Fälle, so sehen wir, dass zwar in vielen Fällen bei Berücksichtigung der differential-diagnostischen Hilfsmittel eine richtige Diagnose gestellt werden konnte, dass dagegen bei den anderen Fällen die Sachlage erst bei der Operation geklärt wurde.

Auffallend ist es, dass sowohl bei den eigenen gemachten als auch bei den in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen von geschwulstartigen Varixknoten der Ausgangspunkt stets die Vena saphena war; diese Erscheinung steht im offenbaren Zusammenhange mit der Tatsache, dass gerade an der Saphena Phlebectasien und Varicen am häufigsten vorkommen. Bilden doch die varicösen Ausdehnungen der Venen an den unteren

Extremitäten mit ihren Folgezuständen — chronischen Ekzemen, Fussgeschwüren u. s. w. — in der chirurgischen Praxis ein sehr häufig vorkommendes Leiden, und erfordern sie wegen der schweren Funktionsstörungen, die sie oft im Gefolge haben (neuralgische Beschwerden, Schwere im Bein, leichte Ermüdbarkeit, Gefahr der Phlebitis, der periphlebitischen Abszesse, der Ruptur eines Hämatoms mit reichlicher Blutung) ganz besondere Berücksichtigung.

Zum Schlusse obliegt mir noch die angenehme Aufgabe, Herrn Geheimrat Professor von Angerer für gütige Übernahme des Referats sowie meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Klaussner für liebenswürdige Anregung zur Arbeit und gütige Unterstützung bei derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

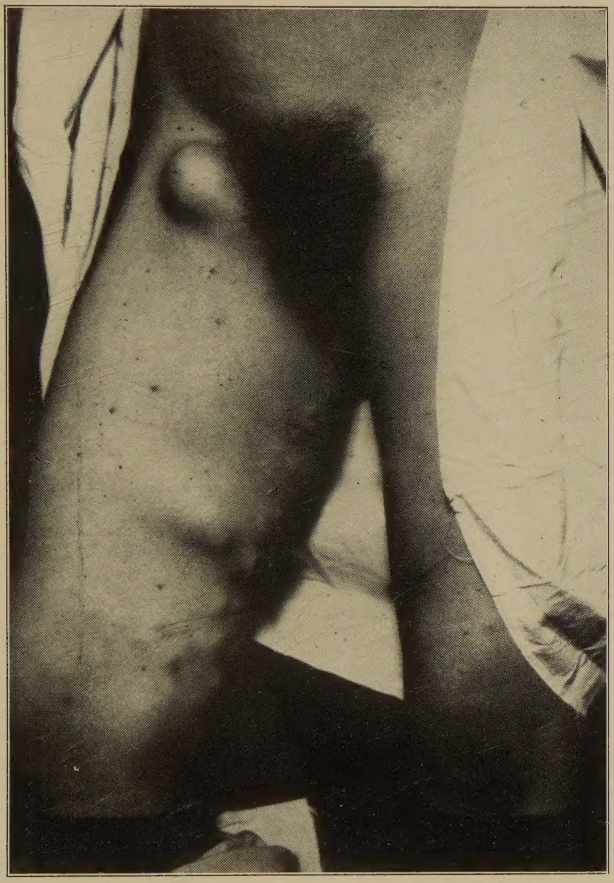
Litteratur.

1. Schrötter, Erkrankungen der Gefässe.
2. P. v. Bruns, Beiträge zur klinischen Chirurgie, redigiert von P. v. Bruns (28. Bd.).
3. Pester, med.-chirurg. Presse.
4. Med. Wochenschr. 55. Jahrg., Nr. 37.
5. Archiv für klinische Chirurgie, herausgegeben von Dr. B. v. Langenbeck.

Lebenslauf.

Geboren am 2. Juli 1883 zu Einhausen als Sohn des Gutsbesitzers Hermann Rabl besuchte ich fünf Jahre das Gymnasium zu Straubing, vier Jahre dasselbe in Rosenheim, wo ich auch absolvierte. Hierauf bezog ich die Universität München, wo ich mich vier Semester dem Studium der Medizin widmete. Dann begab ich mich an die Universität Erlangen, wo ich das Physicum bestand. Den weiteren Studien oblag ich nach Genügeleistung meiner Militärpflicht an der Universität München, wo ich im Wintersemester 1908/09 die ärztliche Prüfung bestand. Während meines praktischen Jahres war ich bisher sechs Monate an der chirurgischen Poliklinik München, zwei Monate an der Universitäts-Frauenklinik München tätig.

Hermann Rabl.

Tafel II. (S. 6.)

Tafel III. (S. 13.)